

В.П. Адашкевич, В.В. Саларев,
В.В. Козловская

«ОКСИДАТ ТОРФА ПЛЮС» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Витебский государственный
медицинский университет

Псориаз и экзема являются хроническими дерматозами, лечение которых до сих пор является основной задачей врача-дерматолога. Многие лекарственные средства являются дорогостоящими и недоступными для большинства пациентов. Поэтому одним из направлений дерматологии является разработка методов лечения, основанных на природных ресурсах Беларуси. Оксидат торфа – один из наиболее известных природных ресурс нашей страны.

Его применение основано на действии гуминовых кислот, которые обладают противовоспалительным, противоопухолевым, вяжущим, дубящим, биостимулирующим, противовирусным свойствами, оказывают антиоксидантное и тормозящее действие на синтез простагландинов. Новый препарат «Оксидат торфа плюс», выпускающийся в нескольких формах (жидкость с 5% содержанием сухого остатка, гель с 5% содержанием сухого остатка, концентрат с 35% содержанием сухого остатка, экстракт с 88% содержанием сухого остатка) позволяет использовать препарат в разных концентрациях.

Препарат позволяет достичь ремиссии с непрерывно-рецидивирующим течением псориаза у 24% пациентов и значительного улучшения у 76%. У больных экземой ремиссия была достигнута у 73,3% пациентов, значительное улучшение у 26,7%. Как у пациентов с псориазом, так и у больных экземой отмечалось достоверное снижение тяжести заболевания, выраженной в индексах PASI и EASI. У больных, применявших оксидат торфа плюс, отмечалось дос-

товерно более раннее исчезновение симптомов, чем у пациентов, получавших только традиционную терапию. Ни у одного пациента не отмечались побочные явления, требующие отмены препарата.

Таким образом, оксидат торфа плюс является безопасным и эффективным природным средством для лечения псориаза и экземы. Его применение позволит улучшить результаты лечения хронических дерматозов и сократить затраты на их лечение.

ВВЕДЕНИЕ

Хронические дерматозы, такие как псориаз и экзема, в настоящий период времени торпидны к проведенному лечению и склонны к частым рецидивам [3,4]. Частота поражения населения данным заболеванием варьирует от 1 до 5% в странах Центральной Европы, Северной Америки, СНГ, Японии и Китае [9, 10]. В научных работах [3,4,10] отмечено, что псориаз чаще поражает взрослое население обоих полов преимущественно трудоспособного возраста, сопровождается длительными потерями и существенно влияет на качество жизни больного. С точки зрения органов здравоохранения псориаз обуславливает тяжелую социальную проблему и ведет к физической и психической инвалидизации. Поиск рационального метода терапии и профилактики данных дерматозов до сих пор является основной задачей врача-дерматолога. Многие существующие методы являются дорогостоящими и труднодоступными для пациента.

Поэтому ведется поиск новых методов лечения данных дерматозов с применением природных ресурсов. Для Беларуси одним из основных природных ресурсов является торф.

В последние годы, в дерматологии с успехом применяется новый бальнеологический метод лечения – «Оксидат торфа». Он нашел применение в лечении больных обычными формами псориаза [3].

Мы решили продолжить развитие идеи использования бальнеологического метода при лечении больных псориазом и пациентов с распространенной экземой. С этой целью мы решили дополнить общепринятое традиционное комплексное (медикаменты, УФО и УВЧ) лечение больных псориазом включением в этот комплекс нового бальнеологического препарата «Оксидат торфа плюс» с целью достижения более высокого терапевтического эффекта.

«Оксидат торфа плюс» является модернизированным бальнеологическим препаратом, который выпускается в четырех формах, отличающихся количеством сухого остатка: «Оксидат торфа плюс» — жидкость с 5% содержанием сухого остатка, «Оксидат торфа плюс — Гель» — гель с 5% содержанием сухого остатка, «Оксидат торфа плюс — Концентрат» — тягучая жидкость с 35% содержанием сухого остатка, «Оксидат торфа плюс — Экстракт» — сыпучий порошок с 88% содержанием сухого остатка.

«Оксидат торфа плюс» — препарат насыщенно коричневого цвета с легким специфическим запахом аммиака, имеющий нейтральную реакцию, хорошо растворимый в воде, представляет собой концентрат биологически активных веществ. В состав «Оксидат торфа плюс» входят соединения гуминовых и фульвоновых кислот, составляющие до 76% сухого остатка, азотосодержащие и белковые вещества (до 11,8%), производные целлюлозы (до 8,2%), около 20 микроэлементов (Mn, Mo, P, Cu, Zn, Se и др.). «Оксидат торфа плюс» не токсичен, не обладает кумулятивными, канцерогенными и мутагенными свойствами. Основную биологическую ценность «Оксидат торфа плюс» представляют гуминовые кислоты, которые обладают биостимулирующим, противовоспалительным, противовирусным и противоопухолевыми свойствами, оказывают антиоксидантное и тормозящее действие на синтез простагландинов [1]. Лечебный эффект гуминовых веществ при дерматозах связывают с их физико-химическими и электрическими свойствами, возможностью проникновения в кожу через волосяные фоллику-

лы и сальные железы, способностью связывать белки с поверхности кожи («очищающий» эффект), оказывать вяжущее, дубящее, бактериостатическое действие [2]. Гуминовые кислоты вызывают выраженный регенеративный эффект в коже: наблюдается утолщение эпидермиса и внедрение лимфоцитов в его базальный слой, увеличение числа клеток Лангерганса в эпидермисе, пролиферация эпителия волосяных фолликулов и сальных желез, усиление васкуляризации кожи.

Препарат в разведении $1:10^2 - 1:10^3$ ингибирует активность фосфодиэстеразы на 53-65% и повышает концентрацию цАМФ. В малых разведениях оксидат торфа моделирует действие интерферона через систему ферментов, ответственных за синтез 2'5'-олигоаденилата. Эксперименты показали, что оксидат торфа в малых разведениях также стимулирует фагоцитоз, повышая пул цАМФ в лимфоцитах [3].

Находясь в естественных биологических связях, весь комплекс веществ и соединений препарата оказывает при воздействии на кожный покров человека общестимулирующее, репаративное, противовоспалительное, антиаллергическое и противомикробное действие [5,6]. Клинически это проявляется улучшением общего самочувствия, ускорением заживления ран, язв, эрозий, рассасыванием воспалительных инфильтратов, уменьшением зуда, шелушения, чувства стягивания и раздражения кожи [6,7].

«Оксидат торфа плюс» показан при лечении хронических дерматозов (псориаза, нейродермита, атопического дерматита, многоочаговой экземы, красного плоского лишая, трофических язв нижних конечностей). Применение «Оксидат торфа плюс» противопоказано при лихорадочных состояниях, тяжелых заболеваниях сердца и сосудов, артериальной гипертонии, активном туберкулезе, тяжелых диффузных заболеваниях почек, печени, щитовидной железы, опухолях различной локализации, болезнях, связанных с выраженными нарушениями психики, нервной системы.

Под нашим наблюдением в опытной группе, использовавшей бальнеологический препарат «Оксидат торфа плюс» и «Оксидат торфа – Гель» находилось 40 пациентов, из них с диагнозом распространенный псориаз – 25 пациентов (10 женщин и 15 мужчин) и с диагнозом экзема – 15 пациентов (5 женщин и 10 мужчин). Средний возраст больных псориазом составил $34,88 \pm 13,99$ лет, экземой – $43,67 \pm 17,98$ лет.

Контрольная группа составила также 40 пациентов (25 пациентов с распространенным псориазом и 15 – с экземой). Средний возраст больных псориазом в контрольной группе составил $36,92 \pm 20,42$, экземой – $51,73 \pm 9,06$.

Пациентам проведено клиническое обследование до и после курса лечения, общие анализы мочи и крови, биохимические анализы до и после лечения.

Все пациенты, как в опытной, так и контрольной группе получали базисную терапию, включающую дезинтоксикационную терапию, гипосенсибилизирующие средства, антигистаминные препараты, противовоспалительные препараты по общепринятой методике в зависимости от показаний и стадии процесса. Гормональная терапия больным с псориазом и экземой не назначалась.

Бальнеологический препарат «Оксидат торфа плюс» при псориазе применяли в виде общих ванн. Перед ванной пациенты принимали гигиенический душ, смыв при этом с поверхности кожи остатки мази, корочки и чешуйки (без мочалки, используя нейтральное мыло типа «Детское»). Температура воды в ванне $36-38^{\circ}\text{C}$, время нахождения в ванне составляла 15-25 минут (в зависимости от самочувствия пациента). Процедуры проводились ежедневно. Курс составил 10 процедур. Для усиления эффекта после принятия ванны на очаги поражения пациенты наносили «Оксидат торфа плюс – Гель». Дозировка на 100 л воды составляла: «Оксидат торфа плюс» – 100 мл; «Оксидат торфа плюс – Концентрат» – 15 мл; «Оксидат торфа плюс – Экстракт» – 5 гр.

При экземе в стадии мокнутия проводились полуванны и местное применение примочек 1% раствора «Оксидата торфа плюс» (1 часть препарата разбавляли в 4 частях воды очищенной). Смоченные раствором «Оксидата торфа плюс» стерильные салфетки (4-5 слоев марли) прикладывали к очагам поражения и прибинтовывали к конечности. В течение дня смоченные раствором «Оксидата торфа плюс» салфетки меняли 5-6 раз. После прекращения микровезикуляции и подсыхания эрозий (обычно 2-3 сутки) переходили на смазывание очагов «Оксидатом торфа плюс – Гель» очагов поражения 3-4 раза в день в течение 3-4 дней.

Для полуванн в ванночку, наполненную 10 л воды при температуре воды $36-38^{\circ}\text{C}$ погружали пораженную конечность, очищенную от мазей, корочек, чешуек. После естественного высыхания кожи или её высушивали салфеткой на очаги поражения наносили «Оксидат торфа плюс – Гель». После этого очаги покрывали чистыми марлевыми салфетками и прибинтовывали 2-3 турами бинта. Дозировка на 10 л воды для полуванн составила: «Оксидат торфа плюс» – 50 мл, «Оксидат торфа плюс – Концентрат» – 8 мл, «Оксидат торфа плюс – Экстракт» – 2,5 гр.

При оценке эффективности препарата учитывались:

1. Изменение клинических индексов PASI (Psoriasis Area and Severity Index) [Fredriksson T., Pettersson V., 1978] для псориаза и EASI (Exema Area and Severity Index) для экземы, измеренных до и после лечения и отражающих динамику клинических показателей.

Клинический индекс PASI [8] позволял объективно оценить площадь поражения тела и интенсивность трех основных клинических симптомов псориаза: эритема, шелушение и инфильтрация. Каждый симптом оценивали в баллах следующим образом: отсутствие признака (=0 баллов), легкий (=1 балл), умеренный (=2 балла), тяжелый (=3 балла) и очень тяжелый (=4 балла). Площадь поражения определялась в процентах: 0% (=0 баллов), < 10% (=1 балл), 10<30 (=2 балла), 30<50 (=3 балла), 50<70 (=4 балла), 70<90 (=5 баллов) и 90-

100% (=6 баллов). Четыре различных участка тела оценивались строго отдельно и общий балл выводили с использованием простой математической процедуры, что позволяло с достоверной точностью определить тяжесть клинических симптомов заболевания. Минимальный клинический индекс PASI, необходимый для клинических испытаний, равнялся 18 баллам, что соответствует псориазическому поражению от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ поверхности тела.

Индекс EASI рассчитывается аналогичным образом, однако учитываются такие симптомы как эритема, инфильтрация (папулы), эксфолиация, лихенификация.

2. Динамика исчезновения клинических симптомов псориаза и экземы.

3. Изменение исхода лечения: ремиссия (все симптомы исчезали), значительное улучшение (большинство симптомов исчезало, но некоторые оставались), незначительное улучшение (наблюдалось некоторое улучшение, но большинство симптомов сохранялось, ухудшение (состояние становилось хуже, чем до начала лечения).

4. Изменения лабораторных показателей: общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, лейкоцитарная формула), общий анализ мочи (удельный вес, белок в моче, лейкоциты), биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, мочевины, глюкоза, АСТ, АЛТ).

5. Субъективная оценка эффективности препарата пациентом.

6. Переносимость препарата «Оксидат торфа плюс».

Переносимость бальнеологического препарата «Оксидат торфа плюс» оценивали следующим образом: удовлетворительная переносимость – отсутствие побочных эффектов, побочные эффекты легкой или умеренной выраженности. Неудовлетворительная переносимость – наличие у пациентов побочных реакций, требующих отмены препарата или серьезных нежелательных явлений, связанных с приемом препарата.

Оценка эффективности препарата проводилась с использованием программ Excel 7,0 Statistica 5,5.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность заболевания псориазом в контрольной группе составила $9,52 \pm 7,75$ лет, в опытной группе – $13,32 \pm 9,15$ года. У всех больных был выставлен диагноз «распространенный псориаз», отмечалось торпидное или непрерывно рецидивирующее течение заболевания.

В контрольной и опытной группах отмечались следующие формы псориаза по классификации С.И. Довжанского [1992]: папулезно-бляшечная (1 пациент в опытной и контрольной группах), бляшечная (15 пациентов в опытной группе и 16 - в контрольной группе), артропатическая (3 пациента в контрольной группе, не встречалась в контрольной), эритродермическая (2 пациента в опытной группе и 1 - в контрольной), экссудативная (у 2 и 6 пациентов соответственно), интертригинозная форма отмечалась у 1 пациента из опытной группы (См. рис.1).

Папулезно-бляшечная форма распространенного псориаза характеризовалась эпидермально-дермальными папулами, бляшками размером от 5 до 8 см в диаметре, покрытыми серебристо-белыми чешуйками. Локализация участков поражения кожи отмечалась на волосистой части головы, в области туловища (боковые поверхности) и преимущественно верхних конечностях (тыл кистей, плечо, поверхность предплечья, область проекции крупных суставов). Псориазическая триада, а также симптомы Пильнова, Кебнера и Ауспитца диагностировались как положительные.

Бляшечная форма распространенного псориаза характеризовалась более значительной распространенностью с тенденцией к генерализации и более выраженным зудом в области высыпаний. Бляшки имели выраженный инфильтрат в основании с неярко выраженным крупнопластинчатым шелушением серебристо-белого цвета. У больных диагностировалась нечеткость псориазических феноменов и чередование классических стадий псориазического процесса.

При артропатической форме псориаза наряду с типичными кожными проявлениями отмечались характерные рентгенологические изменения.

Эритродермическая форма псориаза характеризовалась высыпаниями на фоне выраженной островоспалительной эритемы кожи туловища, конечностей, лица и волосистой части головы. Первичные милиарно-лентиккулярные папулы определялись генерализованно. Инфильтрация была выражена незначительно, в то время как отмечалось обильное шелушение. Зуд мучительно-биопсирующего характера и озноб носили постоянный характер в течение суток.

Экссудативная форма псориаза характеризовалась обильным шелушением, сильно выраженной инфильтрацией.

При интертригинозной форме псориаза поражение локализовалось в крупных складках кожи – паховых, подмышечных, под молочными железами. Симптомы псориаза были выражены нечетко, шелушение и инфильтрация менее выражены.

Результаты исследования указывают на то, что у обследованных больных тяжелые клинические проявления хронического дерматоза в виде распространенного крупнобляшечного и диффузно-эритродермического псориаза выявлены у 80% (n=22) пациентов испытываемой группы и у 68% (n=17) контрольной группы больных.

Сопутствующее поражение волосистой части головы было выражено у 13 пациентов опытной группы (52%) и у 6 (24%) пациентов контрольной группы. Прогрессирующая стадия псориаза диагностирована у 15 пациентов (60%) в опытной группе и у 21 пациента (84%) из контрольной группы. У 6 пациентов опытной группы были отмечены сопутствующие заболевания (24%). В контрольной группе сопутствующие заболевания выявлены у 8 пациентов (32%).

В контрольной группе больных псориазом среднее значение индекса PASI до лечения составило $37,42 \pm 15,78$, в опытной – $32,25 \pm 11,43$. Минимальное значение PASI – в опытной группе 16,8, в контрольной – 3,8. Максимальное – в опытной –

48,9, в контрольной – 49,6. После лечения индекс PASI в среднем составил $11,54 \pm 5,22$ в опытной группе и $28,0 \pm 14,76$ в контрольной.

Достоверность различий между средними значениями индекса PASI до и после лечения в опытной группе с учетом отклонения средней величины – $P < 0,0001$. Достоверность различий между индексами PASI в контрольной группе составила $P = 0,03$, что ниже, чем в опытной (См. таб.1).

В опытной группе больных псориазом прекращение высыпаний произошло в среднем на 4 день ($4,08 \pm 1,35$), в контрольной – на 6 ой день ($5,64 \pm 2,18$). Достоверность различий между средними величинами, вычисленная с учетом отклонения средней величины ($P = 0,0038$). Субъективное исчезновение симптомов в опытной группе произошло в среднем на 4 день ($3,84 \pm 1,18$), в контрольной – на 6 ой день ($6,44 \pm 3,19$), $P = 0,0004$. Нормализация окраски в очагах поражения в опытной группе произошла в среднем на 4 день ($3,84 \pm 1,18$), в контрольной – на 6 день ($6,44 \pm 3,19$), $P = 0,0004$. Уменьшение инфильтрации очагов в опытной группе произошло в среднем на 13 день ($12,68 \pm 2,10$), в контрольной – на 15 день ($14,76 \pm 4,58$), $P = 0,04$.

Учитывая выраженность клинических симптомов до и после лечения получены следующие результаты лечения: в опытной группе состояния ремиссии удалось добиться у 5 пациентов (24%), в контрольной группе состояния ремиссии не наблюдалось ни у одного пациента. Значительное улучшение было достигнуто у 19 пациентов (76%) в опытной группе и у 10 пациентов (40%) контрольной группы. Незначительное улучшение было достигнуто у 15 пациентов (60 %) контрольной группы, получавших традиционную терапию (См. рис. 2).

Средняя продолжительность заболевания экземой в опытной группе – $6,48 \pm 6,35$ месяцев, в контрольной группе – $17,7 \pm 22,41$ месяц. Среди больных экземой в контрольной группе у 3 пациентов и у 1 пациента в опытной группе отмечалась истинная экзема, микробная экзема диагностировалась у 12 и 14 пациентов соответ-

ственно. У 4 больных из опытной группы и у 4 больных из контрольной группы отмечалось хроническое течение заболевания. Распространенная экзема отмечена у 4 пациентов в контрольной группе и у 3 пациентов опытной группы.

Поражение чаще всего локализовалось на стопах и голених – у 5 пациентов опытной группы и 9 пациентов контрольной группы. Только стопы были поражены у 3 пациентов опытной и 1 пациента контрольной группы. Поражение кистей и стоп отмечалось у 4 пациентов опытной группы и 1 пациента контрольной группы. Распространенное поражение было зафиксировано у 3 пациентов опытной и 4 пациентов контрольной группы.

Сопутствующие заболевания наблюдались у 6 пациентов в опытной группе (40%), и у 6 % в контрольной группе (40%).

В опытной группе больных экземой среднее значение индекса EASI до лечения составило $13,93 \pm 8,71$, в контрольной – $15,51 \pm 10,24$. Минимальное значение индекса в опытной группе – 4,2, в контрольной – 7,6. Максимальное значение индекса тяжести экземы в опытной группе – 36,3, в контрольной – 39,6.

После лечения индекс EASI в среднем составил $2,65 \pm 1,95$ в опытной группе и $9,81 \pm 5,48$ в контрольной. Достоверность различий между средними значениями EASI в контрольной группе – $P=0,06$, в опытной $P<0,0001$ (Таб. 1).

В группе больных экземой прекращение новых высыпаний произошло в среднем на 3 день ($3,32 \pm 1,23$) у пациентов опытной группы и у пациентов контрольной группы – на 5 день ($5,45 \pm 1,46$), $P=0,0001$. Субъективные ощущения, такие как зуд, жжение, болезненность исчезли на 4 день ($4,03 \pm 2,12$) у пациентов опытной группы и у пациентов контрольной группы на 5 день ($5,23 \pm 1,1$), $P=0,62$. Гиперемия исчезла на 6 день у пациентов опытной группы ($6,01 \pm 2,34$) и на 8 день у пациентов контрольной группы ($8,21 \pm 1,47$), $P=0,004$. Инфильтрация исчезла у пациентов опытной группы на 10 день ($10,34 \pm 2,36$) и у пациентов контрольной группы на 11 день ($11,38 \pm 1,3$), $P=0,14$.

При оценке результатов лечения достигнуты следующие результаты: у 11 (73,3%) пациентов в опытной группе зафиксирована ремиссия, у 4 (26,7%) – значительное улучшение. У пациентов контрольной группы ремиссия отмечалась у 8 (53,3%) пациентов, у 6 (40%) отмечалось значительное улучшение, незначительное улучшение достигнуто у 1 (6,7%) пациента (См. рис.3).

Побочных эффектов не отмечалось ни у одного пациента. Двое пациентов с экземой отмечали появление легкого зуда при применении препарата, однако отмены препарата не производилось.

При изучении лабораторных показателей обнаружено, что препарат не имеет отрицательного влияния на лабораторные показатели крови. Пациенты оценили препарат как «эффективный».

Таким образом, новый бальнеологический препарат «Оксидат торфа плюс» является эффективным при лечении больных с хроническими дерматозами, такими как псориаз и экзема. Различные формы выпуска позволяют использовать данный препарат в различных концентрациях для достижения ожидаемого положительного результата. Это послужило причиной использования нами данного бальнеологического препарата «Оксидат торфа плюс» для лечения больных псориазом и экземой в виде комплексной терапии, особенно в тех случаях, когда отсутствует выраженный терапевтический эффект от ранее проведенного курсового лечения. Препарат широко доступен (препарат «Оксидат торфа плюс» разработан и выпускается в РБ), неинвазивен и не имеет как абсолютных противопоказаний, так и общих и местных побочных эффектов. Препарат в комплексе с традиционными средствами терапии позволяет добиться ремиссии у 73,3% больных с экземой и у 24% больных распространенным псориазом, что достоверно выше, чем в контрольной группе использовавших только базисную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. – М.; Спб.: СЛП, 1996. – С.429 – 440.
2. Довжанский С.И., Оржешковский В.В., Физиотерапия кожных заболеваний. – Изд-во Саратовского университета, 1986. – С.106-112.
3. Козин В.М. Эффективность применения оксидата торфа при лечении больных псориазом // Дерматовенерология на рубеже третьего тысячелетия. Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию со дня основания первой кафедры дерматовенерологии в Республике Беларусь. – Минск. – 2003. – С. 41-45
4. Смирнов Л.Д. Динамика морфогистологических показателей кожи у больных псориазом, экземой и нейродермитом в процессе грязелечения // Вестник дерматологии и венерологии. – 1976. - № 9. – С. 35-39.
5. Солдатов В.В. Действие некоторых химических веществ сапожкового торфа на морфологию кожи животных // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1971. - №6. – С. 507-511.
6. Справочник по физиотерапии / Под ред. проф. В.Г. Ясногородского. – М., «Медицина», 1992. – С. 144-147.
7. Улащик В.С. Домашняя физиотерапия. – Минск. «Беларусь», 1993. – С. 165-168.
8. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis - oral therapy with a new retinoid // Dermatologica - 1978. - Vol. 157. - №1-6. - P. 238 – 244.
9. Gligora M., Arzenšek J., Rems D. et al. Psoriasis in the third age // Acta. Derm. Venereol. Suppl. Stockh. - 1989. -Vol. 146. - №9. - P. 168-170.
10. Lin X.R. Psoriasis in China // J. Dermatol. - 1993. - Vol. 20. - №12. - P. 746-755.

SUMMARY

ADASKEVICH V.P., SALAROU V.V.,
KASLOUSKAYA V.V.

TREATMENT OF CHRONIC SKIN DISEASES WITH THE OXIDATE OF PEAT

Treatment of chronic skin diseases such as psoriasis and eczema is still a main problem of dermatologist. Some remedies of treating these diseases are expensive and not available for the majority of patients. That is why it is necessary to look for new ways of treating of these diseases using natural resources. Peat is one of the numerous natural resources of Belarus.

Use of oxidate of peat is based on the properties of peat acids that possess anti-inflammatory, antineoplastic, astringing, tanning, biostimulating, antiviral activity, they can act as antioxidants, brake the synthesis of prosoglandines. The new preparation "Oxidate of peat plus" is made in four different forms (a fluid with 5% of dry residue, gel with 5% of dry residue, concentrate with 35% of dry residue and extract with 88% of dry residue) and this allows to use the product in different concentrations.

The drug allows to reach a remission in 24% of patients with severe psoriasis, 76% of patients had marked improvement. 73,3% of patients with eczema had remission and 26,7% of them had marked improvement.

Patients with psoriasis and eczema had a decrease of the gravity of the disease expressed in PASI and EASI indexes. In patients that used oxidate of peat symptoms of the disease decreased more rapidly than in patients that used basic therapy. No patients had adverse effects that can lead to the abolition of the preparation.

So, we conclude that "Oxidate of peat plus" is safe and effective drug for the treatment of psoriasis and eczema. It's use will help to improve the result of treatment of chronic diseases and to retrench expenses of the treatment.

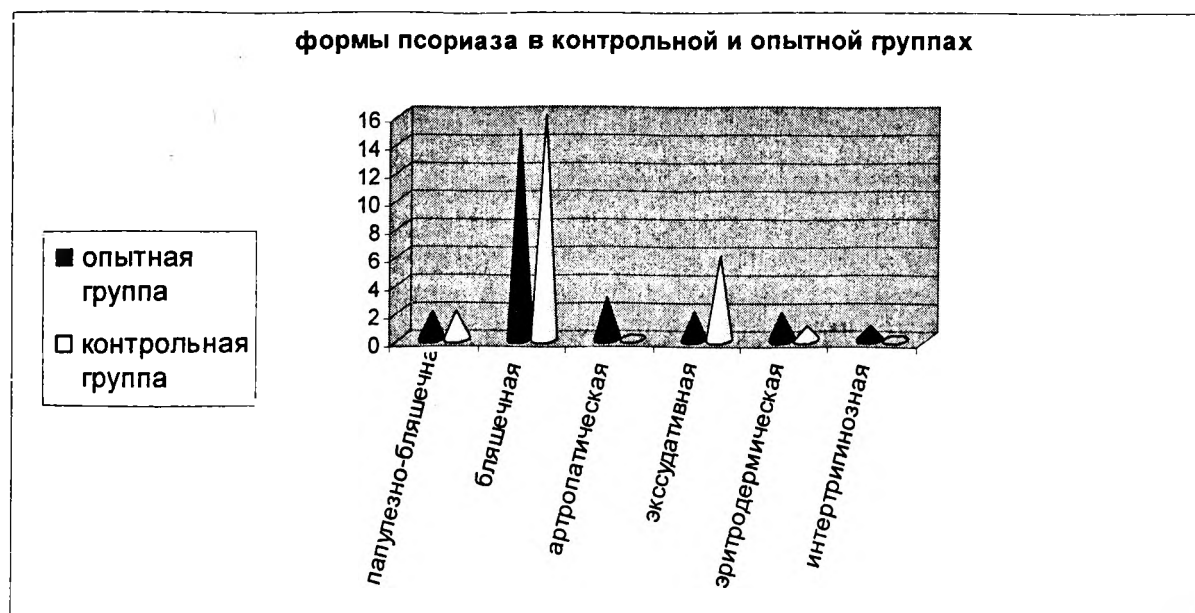


Рис. 1. Формы псориаза в контрольной и опытной группах.

Индекс	Среднее значение индекса до лечения		Среднее значение индекса после лечения		Р (достоверность различия средних величин индексов до и после лечения)	
	Опытная группа	Контроль-ная группа	Опытная группа	Контроль-ная группа	Опытная группа	Контроль-ная группа
PASI	32,25±11,43	37,42±15,78	11,54±5,2	28,0±14,76	<0,0001	0,03
EASI	13,93±8,71	15,51±10,24	2,65±1,95	9,81±5,48	<0,0001	0,06

Таблица 1. Значения индексов PASI и EASI до и после лечения у пациентов псориазом и экземой.

исход лечения у больных псориазом в опытной и контрольных группах

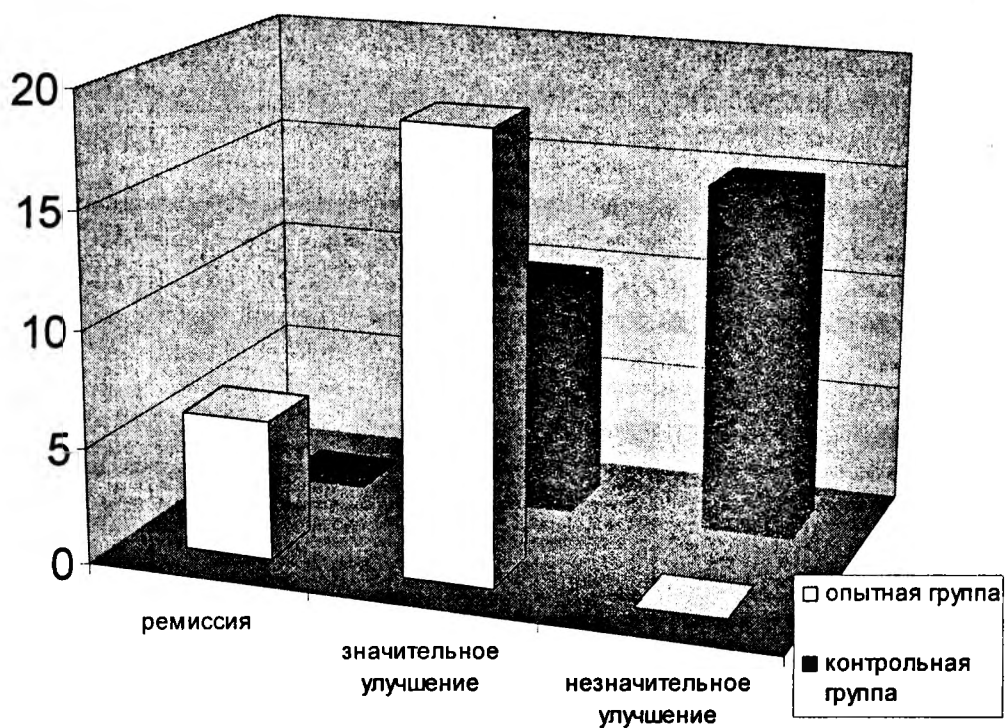


Рис. 2. Исход лечения больных псориазом в контрольной и опытной группах.

исход лечения у больных экземой

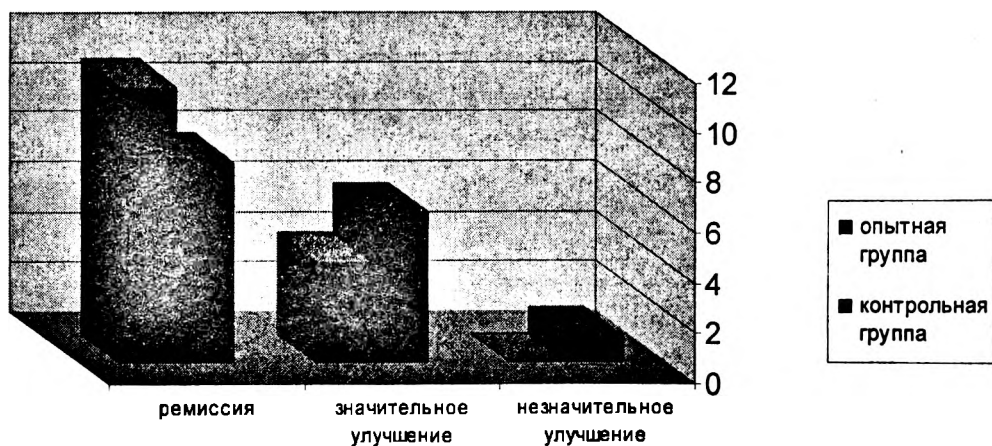


Рис.3. Исход лечения больных экземой.